

RELATO DE EXPERIÊNCIA NA (RE) CONSTRUÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

REPORT OF EXPERIENCE IN THE (RE) CONSTRUCTION OF HEALTH PROMOTION

INFORME DE EXPERIENCIA EN LA (RE) CONSTRUCCIÓN DE PROMOCIÓN DE SALUD

Alessandra Rocha Luz¹

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família propõe práticas de atuação das equipes no estilo de vida de seus usuários, facilitando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, abordando a família e seu espaço social. Desta forma os grupos operativos podem ser implantados como instrumento de trabalho junto às comunidades. O projeto foi idealizado pelos agentes comunitários de saúde, executado e organizado por toda a equipe de saúde da família baseando as atividades nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, composto por três grupos operativos que buscam a atividade física, o lazer e convívio social. Este trabalho objetiva refletir sobre os benefícios dos grupos operativos e relatar o projeto da equipe sob o olhar da auxiliar de enfermagem da equipe de saúde da família na periferia de Belo Horizonte/ Minas Gerais. A partir deste projeto nota-se o ganho de espaço a determinação social do processo saúde-doença com seus múltiplos condicionantes e determinantes. Mesmo em face de vários desafios, o projeto tem potencializado a atuação de todos os profissionais da equipe, na elaboração de caminhos para uma prática comprometida com a promoção da saúde da população e com as diferenças sociais que a caracterizam.

Palavras-chave: Grupo operativo. Promoção da saúde. Equipe de Saúde da Família

ABSTRAT

The Family Health Strategy proposes practical performance of the teams in the lifestyle of its users, facilitating access to and quality of health services, addressing the family and their social space. Thus the operative groups can be deployed as a working tool in the communities. The project was conceived by community health workers, organized and executed by the entire team of family health activities based on the guidelines and principles of the National Health System, comprised of

¹ Enfermeira Residente Multiprofissional em Saúde Cardiovascular Hc/UFMG; Especialista Assistência Integral em Cardiologia FCM/MGE. E-mail: alessandrarochaluz@gmail.com

three operating groups that seek physical activity, recreation and social interaction . This paper reflects on the benefits of operating groups and report the project team under the gaze of nursing assistant health team of a family health center on the outskirts of Belo Horizonte / Minas Gerais. From this project note the gain space determining the social disease process with multiple conditions and their determinants. Even in the face of various challenges, the project has boosted the performance of every professional team in designing ways for a practice committed to promoting population health and social differences that characterize it.

Keywords: Operating group. Health promotion. Family Health Team

RESUMEN

El Estrategia de Salud de la Familia propone la ejecución práctica de los equipos de la forma de vida de sus usuarios, facilitando el acceso y la calidad de los servicios de salud, dirigiéndose a la familia y su espacio social. Así, los grupos operativos se puede implementar como una herramienta de trabajo en las comunidades. El proyecto fue concebido por los trabajadores de salud comunitaria, organizado y ejecutado por el equipo entero de las actividades de salud de la familia sobre la base de las directrices y los principios del Sistema Nacional de Salud, integrado por tres grupos operativos que buscan la actividad física, la recreación y la interacción social . En este trabajo se reflexiona sobre los beneficios de los grupos operativos e informar al equipo del proyecto, bajo la mirada del equipo de enfermería de salud auxiliar de un centro de salud de la familia en las afueras de Belo Horizonte / Minas Gerais. A partir de este proyecto tenga en cuenta el espacio de ganancia para determinar el proceso de la enfermedad social con múltiples condiciones y sus determinantes. Incluso ante diversos desafíos, el proyecto ha impulsado el rendimiento de cada equipo de profesionales en el diseño de formas para una práctica comprometida con la promoción de la salud de la población y las diferencias sociales que lo caracterizan.

Palabras clave: Explotación del Grupo. Promoción de la salud. Equipo de Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

Após a década de 60 os serviços de saúde vêm buscando mudanças, pois o modelo antigo, o biomédico não apresentava bons resultados além de se tornar oneroso aos governos e instituições. Após as conferências de saúde, principalmente a Conferência de Alma-Ata e a 8ª Conferência de Saúde no Brasil, algumas discussões foram realizadas sobre o modelo de promoção da saúde e sua devida importância ⁽¹⁾.

Após a 8ª Conferência de Saúde formulou-se a Constituição Federal de 1988 ⁽²⁾, esta em seu art.196, relata a saúde como sendo um direito de todos e dever do Estado, devendo garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A saúde de todos, representada hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS), constitui uma verdadeira reforma do Estado, incorporando novos projetos e atores sociais ao cenário da saúde, um desses projetos refere-se a Saúde da Família, criada em 1994 pelo Ministério da Saúde enquanto Programa de Saúde da Família, como forma de organizar a Atenção Básica e garantir as diretrizes e princípios criados no SUS ⁽³⁾.

A implantação, agora nomeada Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, não mais como programa, mas como uma estratégia de construção de um novo modelo assistencial trouxe uma nova possibilidade de mudança no processo de trabalho em saúde ⁽⁴⁻⁵⁾. O SUS enquanto política pública que visa a melhoria da qualidade de vida e “pela afirmação do direito à vida e à saúde”, discute com os diversos meios e atores envolvidos sobre a promoção da saúde e a atenção básica ⁽⁶⁾.

A atenção básica e a promoção da saúde são alicerçadas através de ações discutidas entre seus vários atores, os gestores, profissionais e a população buscando atender as necessidades estabelecidas pelos usuários das unidades de saúde. Acredita-se que a formulação de métodos em educação em saúde possa vir a ser uma estratégia que mude o sentido de coordenar, atuar profissionalmente e de ser e fazer controle social, estimulando a busca de atividades saudáveis por parte de todos os envolvidos ⁽⁷⁾.

Pensando nas necessidades dos usuários, cabe aos profissionais refletir sobre o que mais afeta a população. Desta forma o Ministério da Saúde avaliou e descobriu que cerca de 40% da população atendida na atenção básica são acometidas por doenças crônicas. Devido às estas doenças possuírem alta prevalência e morbimortalidade foi considerado como problemas de saúde pública necessitando de políticas voltadas para elaboração de programas educativos que venham a contemplar as reais necessidades de cada indivíduo e sua comunidade ⁽¹⁾.

Em se tratando de um problema de saúde pública, estas doenças devem receber atenção cada vez mais ampliada. Para que haja promoção da saúde e intervenham com ações preventivas individuais e comunitárias, em relação às doenças crônicas se faz necessário fundamentar a educação em saúde ⁽¹⁾. No ano de 2000 o Ministério da Saúde juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais, criaram o plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao

diabetes mellitus a fim de capacitar os profissionais da saúde e enfatizar o trabalho com grupos operativos propiciando o acompanhamento e controle do indivíduo acometido por estas doenças ⁽⁸⁾.

A utilização dos grupos na área da saúde tem tornado uma tradição como modalidade de atenção coletiva à comunidade e cada vez mais frequente, nota-se pelo aumento da participação de vários usuários em diversos grupos nas unidades de saúde. Desde a década de 70 os profissionais de saúde vêm utilizando os grupos operativos devido à sua aplicabilidade e potencial em sistematizar o processo em grupo ⁽⁸⁾.

Tendo em vista tais desafios e estruturas padronizadas pelo SUS este estudo teve como objetivo refletir sobre os benefícios dos grupos operativos e relatar o projeto da equipe sob o olhar de enfermeira enquanto trabalhava como auxiliar de enfermagem da equipe de saúde da família (ESF) na periferia de Belo Horizonte/Minas Gerais.

ENCONTRANDO CAMINHOS: O PROJETO

À equipe de saúde cabe realizar atividades que promovam a saúde, previnam doenças e agravos, prestando assistência integral ao indivíduo, família e comunidade. Estabelecendo o trabalho em equipe nas relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, desta forma o trabalhar em equipe pode ser entendida como relacionar-se ⁽⁹⁾.

Este “relacionar-se” possibilitou a realização do projeto e a ideia em relatar o processo de (re) construção deste projeto iniciado por volta do ano de 2002, pela ESF na periferia de Belo Horizonte – Minas Gerais, que foi interrompido por diversos fatores. Algum tempo depois durante o treinamento dos agentes comunitários de saúde (ACS), estes discutiram com a equipe para retomar o projeto de caminhada.

No ano de 2008 já com novos membros e considerando que os grupos se tornam variáveis de acordo com sua estrutura, método, teoria, tipo de participante, podendo fazer parte de outro grupo ou simplesmente possuir as mesmas características em determinado aspecto e que as atividades destes grupos também diferem de acordo com sua finalidade, podendo ser educativa, para informação, para reflexão e suporte ⁽¹⁰⁾, que a equipe optou por reformular o projeto acrescentando outras atividades. Além do grupo de caminhada a ESF elaborou o grupo de passeios e o grupo de convivência.

DESCREVENDO AS ATIVIDADES

Grupo de Caminhada

Para promoção da saúde utiliza-se de várias estratégias, entre elas a prática regular de atividade física, o que irá contribuir não apenas na prevenção de novas doenças e agravos, mas como também ao tratamento das doenças crônicas. Estudos sobre a atividade física evidenciam os benefícios para a saúde, como também incentivam a criação de programas que estimule a prática de atividade física ⁽¹¹⁾.

A opção em realizar uma caminhada ocorreu pelo fato dos usuários não realizarem atividade física o que potencializa as alterações do processo de adoecer ⁽¹²⁾. O grupo de caminhada começou em junho de 2008 com uma avaliação médica, inicialmente foram convidados quarenta usuários, porém só compareceram treze no dia agendado. Neste dia de avaliação teve a participação dos ACS que preencheram as fichas elaboradas pelo médico da equipe, e enquanto auxiliar de enfermagem era responsável por verificar dados vitais e antropométricos, ao médico coube a avaliação clínica, autorizando ou reprovando a participação dos usuários para a caminhada. Após um mês da avaliação teve início os exercícios de caminhada três vezes por semana, com a participação de apenas oito usuários, com a equipe sempre próxima, no início das atividades os profissionais verificavam a pressão arterial e a frequência de pulso antes e após a atividade. Três anos depois, o número de participantes passou para cerca de trinta participantes ativos e cerca de quarenta comparecem esporadicamente.

Grupo de Convivência

Em um grupo de convivência todo profissional deve desenvolver uma linguagem de fácil compreensão, se adequando à realidade de cada indivíduo, conhecendo a demanda e necessidade deste ser, em relação à doença. Esta linguagem permite que o profissional possa praticar a educação em saúde e realizar as devidas intervenções. Deste modo, este profissional irá agir como facilitador e mobilizador nas condições de vida na comunidade em que atua favorecendo a promoção da saúde e prevenindo os agravos e também o aparecimento de outras patologias ⁽¹³⁾.

Este dialogar dos profissionais e usuários permitiu a criação e continuidade deste grupo levando em consideração ainda, que os usuários não dispunham de atividades recreativas e de lazer na comunidade. Sabe-se que a recreação possibilita interações sociais, sentimentos agradáveis de alegria e bem-estar ⁽¹⁴⁾. Os profissionais da equipe utilizam de uma linguagem clara para elaborar e apresentar as atividades para este grupo e que estas fossem diversas e acessíveis à comunidade, assim como o bingo e a música, por se tratarem de atividades simples que utilizam de poucos

recursos financeiros e tecnológicos e utilizando as potencialidades da própria comunidade, pois os músicos são moradores da região e as prendas para o bingo são doações de usuários, profissionais e representantes de empresas e da comunidade.

Esta atividade conta com a participação ativa do enfermeiro e um ACS, que criaram dentro deste grupo uma equipe de apoio formado por profissionais da equipe e usuários do projeto, buscando a corresponsabilidade na elaboração e organização dos eventos e passeios, além de visitas aos usuários da comunidade que se encontram acamados ou restritos ao domicílio, levando um pouco de conforto e afetividade àqueles que estão impossibilitados em participar do projeto.

Grupo de Passeios

De acordo com Pichon-Riviéril ⁽¹⁰⁾ grupo “é um conjunto de pessoas interagindo em tempo e espaços, articulada por sua mútua representação interna, propõe-se explícita ou implícitamente a uma tarefa, que se constitui sua finalidade”. Desta forma, este grupo propôs sair de seus domicílios enquanto tarefa e sua finalidade a mudança e melhora na qualidade de vida.

Para a construção de ações educativas que possam modificar as condições de vida nas quais “crenças, hábitos e comportamentos ganham sentido” necessita de aprendizado, compreensão e diálogo entre os diversos aspectos que venham a moldar tais situações dos grupos em que interagimos ⁽¹⁵⁾.

Pensar no grupo operativo enquanto técnica que possa realizar esta mudança remete a um ser ativo que durante a interação com o meio ambiente irá construir o seu ritmo de vida e também estimular a reconstruir o seu modo de viver relacionando à patologia ⁽¹³⁾. Por tanto, o grupo de passeios viabiliza esta interação sendo realizado uma vez ao mês e procurando visitar lugares de fácil acesso para a comunidade como parques, zoológico, sítios, visitas ao aterro sanitário da cidade com orientações de sustentabilidade entre outros. Dentro deste grupo são exercidas as atividades nos demais grupos, como as atividades físicas, alimentação saudável e o lazer.

DISCUSSÕES

Pensar em desenvolvimento humano reflete a ligação do conhecimento e suas características de viver em grupo, isto é, o saber de um indivíduo sendo transmitido a outro, que juntos aproveitam-se do saber de um para somar do outro ^(14,16). As ações vivenciadas no grupo podem gerar processos de identificações e reações em cadeia a partir do momento em que um participante presta assistência, no processo psíquico a outro participante e ao grupo como um todo ⁽⁸⁾.

As ações de promoção da saúde que fazem parte do papel da rede básica e são realizadas pelos centros de saúde seguem abordagens individuais, coletivas e comunitárias ⁽¹⁷⁾. No campo individual a equipe conseguiu com que o projeto acolhesse as pessoas não apenas durante os grupos, mas em todo encontro seja na unidade, em sua residência ou mesmo em rápidos encontros nas ruas, já no campo coletivo o projeto abrange os grupos voltando para mudança dos modos de vida e os tornando sustentáveis, no campo comunitário a participação de toda a família e com a articulação com representantes da comunidade e empresas acrescentam conhecimentos e facilitam a realização das atividades com ideais cada vez maiores.

As mudanças nos determinantes da saúde são conduzidas por uma promoção da saúde eficaz. Os fatores incluídos nestes determinantes são tanto os internos sendo controle das pessoas como condutas individuais, estilo de vida, utilização dos serviços de saúde, ou como externas sendo as condições sociais, econômicas e ambientais bem como a prestação de serviços ⁽¹⁴⁾.

De acordo com estes determinantes o projeto possibilita estabelecer maior vínculo entre a equipe e os usuários, proporcionando um momento de interação e conhecimento.

E pôde contemplar a redução no número de idas dessas pessoas à unidade de saúde, e através do projeto de promoção da saúde os grupos operativos voltados para as doenças crônicas ganham força e maior adesão levando os participantes a se tornarem participativos não apenas nas atividades, mas também na elaboração das mesmas. Alguns estudos remetem estes ganhos aos diversos fatores que contribuem para a maior responsabilização ao processo saúde/doença e adesão ao tratamento, que considera o paciente como centro do processo, mas coloca a tríade paciente, profissionais de saúde e sistema de saúde como fator principal para as adesões aos tratamentos ⁽¹⁸⁾.

Estes benefícios podem ser confirmados em estudos descritos por Soares e Ferraz ⁽⁸⁾ ao afirmarem que os grupos operativos beneficiam não apenas a comunidade e indivíduo, mas também traz benefícios aos profissionais de saúde através da otimização do trabalho o que poderá reduzir as consultas individuais, ampliar a participação do usuário no processo educativo e envolvimento com a equipe e da equipe com o usuário ⁽⁸⁾.

O modelo de assistência existente anteriormente deu espaço a um novo processo com a criação do programa de saúde da família proposto pelo Ministério da Saúde. Este novo processo vem mostrando o trabalho de equipe como uma das estratégias de mudanças e de transição de modelos assistenciais ⁽⁹⁾. Porém apesar do Ministério da saúde propor este novo processo, ainda tem sido desafiador dialogar com formas de pensar o trabalho em saúde ainda dominantes no serviço público, nas quais se encontram os entraves administrativos e a hegemonia de racionalidades biomédicas.

Realmente a utilização de grupos com base na promoção da saúde e educação em saúde não tem sido tarefa fácil, pois os profissionais possuem diversas atividades dentro das unidades como membros da ESF. Além destas atividades, existem alguns agravantes tais como atenção centrada no médico, com excessos de exames e de medicamentos, ou seja, o que vem a prejudicar ainda mais a participação dos profissionais em ações educativas que promovam a saúde ⁽¹⁹⁾.

Mesmo em face de tais desafios, o projeto tem potencializado a atuação de todos os profissionais da equipe, na elaboração de caminhos para uma prática comprometida com a promoção da saúde da população e com as diferenças sociais que a caracterizam. Esta atuação está embasada no fato em que a construção da equipe permeia entre os integrantes e trocas de saberes. E esta construção não é formada apenas pelo convívio entre os integrantes na unidade de saúde, mas pela forma em que é estruturada, desestruturada e reestruturada ⁽⁹⁾.

Os profissionais de saúde devem se entregar para perceber que a comunidade possui conhecimentos próprios, e a partir deste conhecimento que os profissionais se baseiam e o utilizam para a prática de educação em saúde, para tal ação requer superação dos limites pessoais de cada profissional ⁽²⁰⁾. Após superar estes limites é que a equipe conseguiu entender que está formada por profissionais de saúde e por usuários da unidade e juntos vão ensinar e aprender buscando aprimorar a prática da educação em saúde. Assim, o projeto tem contribuído na construção e desenvolvimento da equipe como uma atividade em contínua formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do projeto foi gradual. Compreendeu-se que a adesão ao projeto é um processo constante e sistemático, assim como a educação é um processo permanente, inacabado, constante e dinâmico. Após estes anos de existência, desenvolvendo mecanismos de retro-alimentação, atrativos lúdicos e sociais, persistência, respeito, responsabilidade e estímulo a equipe de saúde da família criou aspectos essenciais ao projeto para manter sua sustentabilidade. Pode-se notar que, no cotidiano das práticas de saúde, alguns referenciais vão além da visão da saúde como ausência de doença e do foco somente no âmbito biológico e reducionista dos sujeitos. Tem ganhado espaço a determinação social do processo saúde-doença com seus múltiplos condicionantes e determinantes.

Resta-nos buscar sair de uma vez por toda do “habitual”. Cabe-nos, como profissionais de saúde, por meio da construção de práticas planejadas e engajadas, buscarmos incorporar os referenciais da saúde coletiva e da educação popular em saúde, para a construção de práticas de grupo que conciliem as necessidades de saúde e as orientações capazes de produzir impactos sobre

a saúde da população, sendo promotores da saúde “com” e não “para” a comunidade que assistimos. Assim a ESF busca a continuidade e sustentabilidade do Projeto. O desafio continua!

REFERÊNCIAS

- 1- Silva ARV et al. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. **Rev. RENE**, Fortaleza, 10(3), jul.-set. 2009.
- 2- Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. [online]. Brasília, 1988. [acesso em 2011 Jan. 11] Disponível em: [http:// www.planalto.gov.br/ccivil/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/Constituicao/Constituicao.htm).
- 3- _____. Ministério da Saúde. **Cobertura da Estratégia Saúde da Família: Brasil e regiões, 1998-2005/2006**. In: _____. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- 4- _____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 5- Felisberto E. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. **Rev. Bra. de Saúde da Família**, Brasília; jan./abr. 2004; 5(7):24-29.
- 6- Mascarenhas NB. **Promoção as saúde e a prática do enfermeiro na atenção primária: contribuição ao estudo**. [Monografia]. Salvador, Universidade Federal da Bahia; 2010.
- 7- Siqueira FV et al. Aconselhamento para prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**. jan, 2009; 25(1):203-213.
- 8- Soares SM; Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc Anna Nery Ver. Enferm**; mar. 2007; 11(1): 52 – 7.
- 9- Fortuna CM et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**; mar./abr. 2005; 13(2):262-8.
- 10- Simões FV; Stipp MAC. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. **Esc Anna Nery R Enferm**; abr.2006; 10 (1):139 – 44.
- 11- Gomes MA; Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: programa ação e saúde floripa – Brasil. **Revista brasileira de atividade física & saúde**. 2008, 13(1): 44-56.
- 12- Fernandes MTO; Silva LB; Soares SM. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na saúde da família. **Rev.Ciên. & Saúde Coletiva para sociedade**. 2011, 16 (Supl.1):1331-1340.

- 13- Torres HC; Hortale VA; Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública.** jul./ago. 2003. 19(4): 1039-1047.
- 14- Horta NC *et al.* A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Rev Bras Enferm.** jul.-ago. 2009. 62 (4):524-9.
- 15- Meyer DEE et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública.** jun. 2006.22(6):1335-1342.
- 16- Silva SP; Santos M. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma / Unidade Básica de Saúde. **Rev. Arq.ciên.saúde.** jul.-set. 2004.11(3):169 – 173.
- 17- Turci MA. **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte.** HMP Comunicação. 2008.
- 18- Araújo GBS; Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** 2006. 8(2):259 – 272.
- 19- Costa RC; Rodrigues CRF. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família. **Rev. APS.** out./dez. 2010.13(4):465-475.
- 20- Monteiro EMLM. **(Re) construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiros do PSF do Recife/PE.** [Tese de Doutorado em Enfermagem em Saúde Comunitária]. Fortaleza, Universidade Federal do Ceará; 2007.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2013-03-11
Last received: 2013-08-15
Accepted: 2013-09-26
Publishing: 2013-09-30